

**Информированное добровольное согласие пациента ГАУЗ «Городская больница №3 г. Магнитогорск» на медицинское вмешательство и обработку персональных данных**

Я \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

ознакомившись с правами пациента, предусмотренными 21 и 41 статьями Конституции Российской Федерации, статьей 20 ФЗ Российской Федерации от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», получив в доступной для меня форме полную информацию о характере, тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), целях, методах и возможных вариантах медицинского вмешательства, связанных с ним рисках, последствиях, а также о предполагаемых результатах, **добровольно и осознанно выражаю свое согласие** Государственному автономному учреждению здравоохранения "Городская больница № 3 г. Магнитогорск", расположенному по адресу 455030,г.Магнитогорск, ул. Советская, 88 на:

1. Медицинское вмешательство: Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. Антропометрические исследования. Термометрия. Тонометрия. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций. Неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, цитологические, гистологические. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, электроэнцефалография, миография, эхокардиография, дуплексное исследование сосудов. Рентгеновские методы обследования, в том числе рентгенография, магнитно-резонансная и компьютерная томография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. Эндоскопические исследования. Проведение анестезиологического пособия при диагностических исследованиях. Введение

лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.

2. Обработку моих персональных данных: ФИО, дата и год рождения, адрес, телефон, сведения об образовании, профессии, месте работы или учебы, сведения о составе семьи, сведения о перенесенных заболеваниях (моих и моих родственников), о результатах проведенного обследования и лечения, а также иных сведений, необходимых для установления диагноза, обследования и лечения. Мои персональные данные могут быть переданы другим, помимо лечащего врача, медицинским работникам в интересах моего обследования, лечения, решения экспертных вопросов, в т.ч. для проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи.

Передача моих персональных данных третьим лицам, в т.ч. моим родственникам, допускается только с моего письменного согласия или письменного согласия моего законного представителя. Предоставление моих персональных данных третьим лицам без моего согласия или без согласия моего законного представителя допускаются:

- При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред моему здоровью причинен в результате противоправных действий;
- В целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Правительством РФ;
- Для информирования моих родителей или моего законного представителя о моем нахождении в лечебном учреждении (для пациентов в возрасте до 15 лет).

Настоящее согласие действует до прекращения деятельности Государственного автономного учреждения здравоохранения "Городская больница № 3 г. Магнитогорск".

Настоящее согласие может быть отозвано в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006г. 152-ФЗ «О персональных данных». В случае отзыва настоящего согласия, Государственное автономное учреждение здравоохранения "Городская больница № 3 г. Магнитогорск" вправе не прекращать обработку персональных данных субъекта до истечения сроков, установленных законодательством Российской Федерации.

Я разрешаю передать информацию о моем нахождении на лечении и состоянии моего здоровья следующим лицам:

---

---

---

---

_____	_____	
(дата)	(подпись)	(расшифровка подписи)
_____	_____	_____
(дата)	(подпись лица, принявшего согласие)	(расшифровка подписи)